



**Universidade Federal de Sergipe
Campus Prof. Antônio Garcia Filho
Departamento de Odontologia de Lagarto - DOL**

Julio Menezes Viana de Almeida

Taigor Alves Azevedo

**QUÃO CONSERVADORES PODEMOS SER NO TRATAMENTO DO CISTO
ODONTOGÊNICO GLANDULAR? RELATO DE CASO COM ENFOQUE CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**Lagarto
2020**

Julio Menezes Viana de Almeida

Taigor Alves Azevedo

**QUÃO CONSERVADORES PODEMOS SER NO TRATAMENTO DO CISTO
ODONTOGÊNICO GLANDULAR? RELATO DE CASO COM ENFOQUE
CIRÚRGICO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação de
Odontologia da UFS - Lagarto como parte
dos requisitos necessários à obtenção do
título de Odontólogo.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz
de Freitas

**Lagarto
2020**

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus, por sempre ter nos abençoado e nos protegido sempre;

Agradecemos também a nossos familiares e nossos amigos, que nos apoiaram em todos os momentos;

À Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, nossa gratidão por ter nos proporcionado todo um ambiente de aprendizado e experiências ao longo de toda a graduação;

Gostaríamos de agradecer imensamente a nosso orientador, Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas, que sempre esteve disposto a nos ajudar e passar sua sabedoria, de forma com que pudéssemos extrair o máximo de aproveitamento das lições vividas nesta instituição;

Nosso agradecimento ao serviço de histopatologia da FOP/UNICAMP por ter realizado o laudo histopatológico e nos fornecido prontamente, sem medir esforços.

Não podemos deixar de agradecer também aos Profs. Dr. Gustavo Souza e Dr. Felipe Rodrigues de Matos, que foram fundamentais para a realização deste trabalho de conclusão de curso.

“Transforme as pedras que você tropeça nas pedras de sua escada.”

- Sócrates

RESUMO

O cisto odontogênico glandular (COG) é um cisto maxilar raro, caracterizado por crescimento rápido e alto potencial recidivante. Devido a esse comportamento, o tratamento conservador da COG permanece uma controvérsia para muitos cirurgiões e patologistas maxilofaciais. Aqui, relatamos um caso em que a descompressão do COG foi usada com resultados razoavelmente bons em um paciente do sexo masculino. Após exame clínico e radiográfico detalhado, realizamos uma biópsia incisional com colocação simultânea de um dispositivo de descompressão. Ao receber o diagnóstico histológico do COG, optou-se por manter o dispositivo de descompressão foi realizada por 8 meses, o que resultou em redução volumétrica significativa da lesão verificada por exame radiográfico sequenciais durante o período de acompanhamento. Uma vez que não houve regressão completa, optou-se pela curetagem do tecido patológico residual em uma segunda oportunidade cirúrgica. Portanto, a descompressão associada à curetagem parece ser um tratamento conservador viável para o COG. Ainda assim, é importante manter um acompanhamento mais longo para detectar e intervir logo aos primeiros sinais de recorrência.

Palavras-chave: Cistos maxilomandibulares; Cirurgia Bucal; Cistos odontogênicos; Patologia Bucal.

ABSTRACT

The glandular odontogenic cyst (GOC) is a rare maxillary cyst, marked by an accelerated growth rate and a potentially recurrent behavior. Hence, treating GOC conservatively remains a controversy among oral and maxillofacial surgeons and oral pathologists. Here, we report on a case in which GOC decompression was used with fairly good results in a male Brazilian patient. After initial clinical and radiographic examination, we performed an incisional biopsy with concomitant placement of a decompression device. With the histological diagnosis of GOC confirmed, decompression was maintained for 8 months, which resulted in a significant volumetric reduction of the lesion verified by a series of radiographic examinations. Since complete regression did not occur, we opted for curettage of the residual pathological tissue at a second surgical opportunity. Thus, decompression associated with curettage appears to be a feasible conservative treatment for GOC. Still, it is important to secure a longer follow-up to detect and intervene at the first signs of recurrence.

Keywords: Maxillomandibular cysts; Oral Surgery; Odontogenic Cysts; Oral Pathology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagens iniciais do caso	11
Figura 2 – Radiografia panorâmica inicial	12
Figura 3 – Tomografia computadorizada inicial e reconstrução 3D	12
Figura 4 – Biópsia e instalação do dispositivo de descompressão	13
Figura 5 – Aspecto histológico	14
Figura 6 – Radiografia panorâmica após 8 meses de tratamento conservador	14
Figura 7 – Loja cirúrgica após curetagem e discreta ostectomia periférica	15
Figura 8 – Avaliação intraoral após a curetagem	16
Figura 9 – Radiografia panorâmica após a curetagem	16
Figura 10 – Reconstrução tomográfica 3D após a curetagem	17

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. RELATO DE CASO.....	11
3. DISCUSSÃO.....	18
4. CONCLUSÃO.....	20
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
6. ANEXOS.....	22
Anexo 1 - Resultado e conclusão de exame histopatológico 1.....	23
Anexo 2 - Resultado e conclusão de exame histopatológico 2.....	24

1. INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico glandular (COG), é um cisto raro de natureza odontogênica, citado pela primeira vez na literatura por Padayachee e Van Wyk (1987). Naquele relato, a lesão foi denominada “cisto sialo-odontogênico”. Gardner et al. (1988) descreveram outros oito casos e cunhou o termo “cisto odontogênico glandular”, pois consideraram que a estrutura de mucina que formava o epitélio cístico não tinha característica de glândula salivar e, portanto, sua etiologia deveria ser atribuída a uma degeneração do epitélio odontogênico. O COG, mesmo sendo de natureza odontogênica, possui características glandulares e salivares que demonstram a pluripontecialidade do epitélio odontogênico (Oliveira Neto *et al.*, 2010; Padayachee e Wyk, 1987).

Outra característica marcante do COG é sua alta taxa de recidiva (Pires *et al.*, 2019). Normalmente, possui predileção pela região anterior de mandíbula, expandindo-se além da linha média. Pode ser diagnosticado em qualquer idade, mas, é mais comum em adultos entre 30 e 48 anos de idade (Vega Llauradó *et al.*, 2013).

Em termos dimensionais, o COG pode manifestar-se como lesões pequenas (em torno de 1 cm) ou como grandes lesões que podem envolver uma porção significativa dos maxilares. A lesão pode estar acompanhada de sintomas, e nem sempre há aumento de volume aparente. Radiograficamente, a lesão se apresenta radiolúcida, bem definida e com as bordas escleróticas, podendo ser uni- ou multilocular, com ou sem dentes associados à lesão (Manzini *et al.*, 2009).

Histologicamente, o COG caracteriza-se por apresentar uma cavidade cística recoberta por um epitélio estratificado não-queratinizado com células colunares e cuboides. Em algumas áreas focais, as células de revestimento podem formar nódulos esféricos, semelhantes aos cistos periodontais laterais. (Vega Llauradó *et al.*, 2013)

As opções de tratamento para o COG variam, incluindo desde abordagens conservadoras como descompressão, enucleação e curetagem até a ressecção marginal cirúrgica. A modalidade terapêutica costuma ser determinada pelo comportamento clínico da lesão e em propensão à recorrência. Portanto, o planejamento cirúrgico deve ser, quando possível, individualizado para as

características clínicas de cada caso tratado (Krishnamurthy *et al.*, 2009; Zanon, Cavalcanti e Hespanhol, 2016).

A descompressão é uma das técnicas conservadoras utilizadas no tratamento do COG. O método requer a instalação de um dispositivo de drenagem no lúmen da lesão para irrigá-lo e, assim, descomprimir a cavidade cística, limitando o crescimento da lesão e estimulando a sua redução por meio de neoformação óssea (M. A. O. *et al.*, 2015; Mittal *et al.*, 2015).

A enucleação, outra opção conservadora, consiste na remoção cirúrgica de toda a cápsula cística. Essa técnica – particularmente quando associada à utilização de solução de Carnoy ou à crioterapia como agentes de potencialização terapêutica - tem boa efetividade para o tratamento do COG (Zanon, Cavalcanti e Hespanhol, 2016).

Entretanto, a terapia conservadora está associada a um aumento nas taxas de recidiva. Alguns autores acreditam que esse perfil de recorrência se deve a presença de microcistos que podem permanecer no osso perilesional, mas outros acreditam que trata-se de falha cirúrgica associada à remoção incompleta da parede cística (Akkaş *et al.*, 2015; Kaplan *et al.*, 2005).

Dado o exposto, o presente relato de caso tem por objetivo ilustrar o tratamento do cisto odontogênico glandular adotado em um paciente da Clínica-escola de odontologia da Universidade Federal de Sergipe, em Lagarto, Sergipe.

2. RELATO DE CASO

Paciente W.S, masculino, 33 anos, procurou a Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, em Lagarto, Sergipe, descrevendo sua queixa principal como a presença de uma “bolha preta na gengiva” (**Figura 1**). Nessa primeira consulta foram realizados a anamnese e os exames extra e intra oral, constatando-se um aumento volumétrico, assintomático e com alteração de cor no processo alveolar mandibular, especificamente entre os dentes 42 e 43. Paciente não apresentava nenhuma doença de base e negava hábitos ou vícios de interesse.

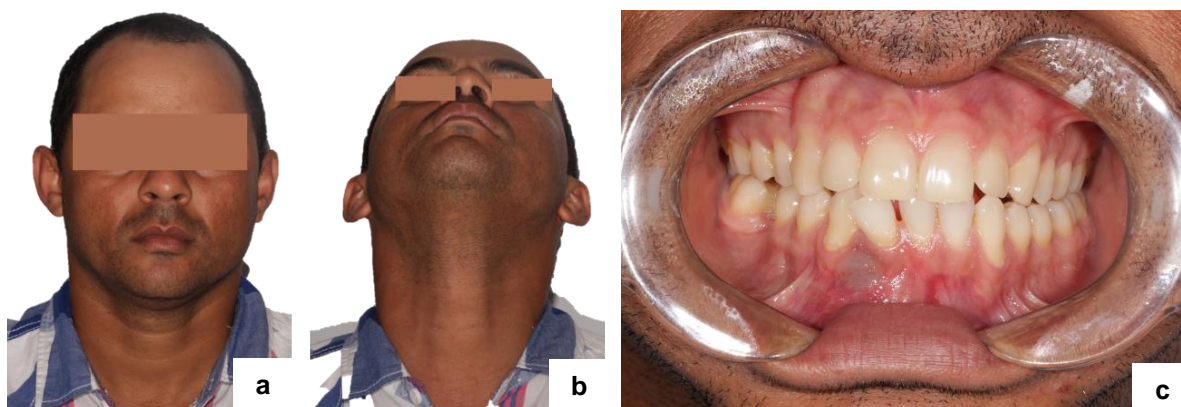


Figura 1 – Imagens iniciais do caso. A avaliação extraoral não detectou anormalidade digna de nota (a, b). No exame intraoral, constatou-se um aumento volumétrico, assintomático e com alteração de cor na porção anterior do processo alveolar da mandíbula, especificamente entre os dentes 42 e 43 (c).

Foram feitos testes de vitalidade pulpar nas unidades dentárias associadas à lesão. Todas as unidades apresentavam coroas íntegras e eram assintomáticas. Somente o dente 43 apresentou resposta pulpar negativa ao teste frio, enquanto os elementos 31,32, 33, 41 e 44 apresentaram resposta pulpar positiva. Após o exame clínico, foram solicitados exames de imagens (radiografia panorâmica e tomografia) para avaliação das dimensões da lesão.

Após a realização dos exames de imagem (**Figuras 2 e 3**), observou-se a multilocularidade e a dimensão da lesão. Na reconstrução 3D, comprovou-se a suspeita de fenestração óssea e a progressão além da linha media. Na reconstrução panorâmica, a lesão apresentou 25mm em sua maior altura e 35mm em seu maior comprimento.



Figura 2 – Radiografia Panorâmica inicial. A imagem mostra uma extensa área radiolúcida multilocular na porção anterior da mandíbula.

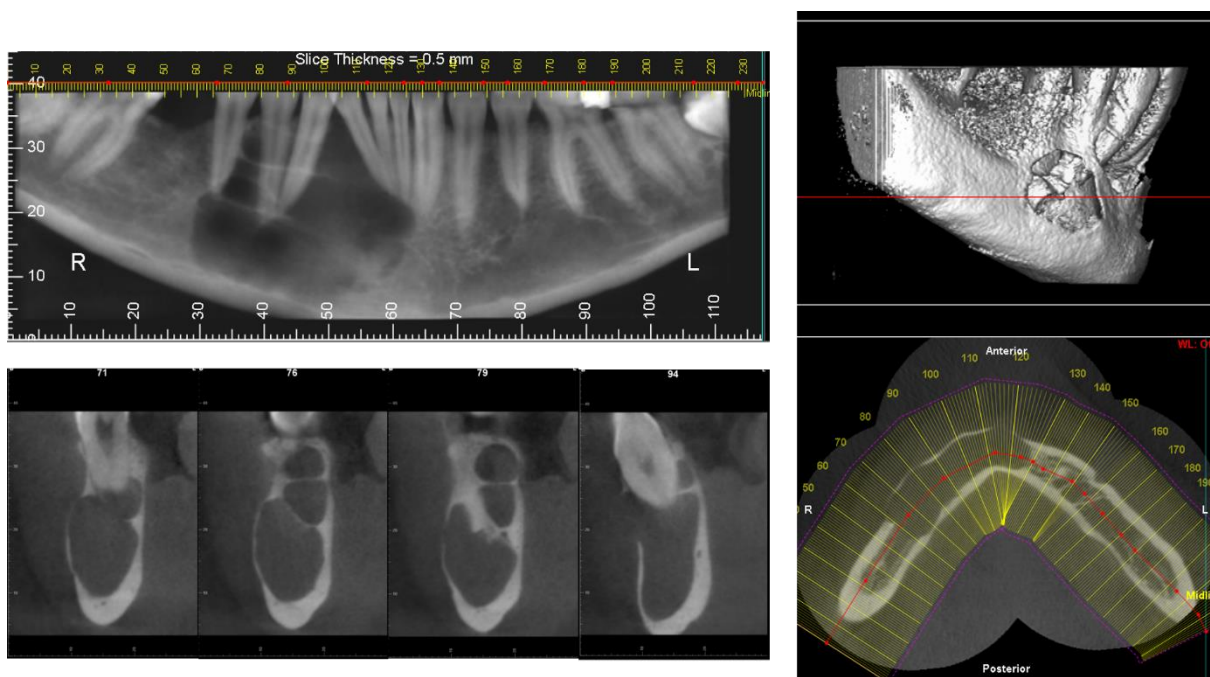


Figura 3 – Tomografia computadorizada inicial e reconstrução 3D. O exame comprova a existência de fenestração óssea e progressão de lesão além da linha média.

Com isso, foram determinadas as seguintes hipóteses diagnósticas: Cisto Odontogênico Glandular; Cisto periodontal lateral; Queratocisto; Ameloblastoma. Com base nas características clínicas e radiográficas, foi proposto um plano de tratamento que incluiu biópsia incisinal associada à descompressão, simultaneamente.

Em consulta subsequente, foi realizada uma punção aspirativa na região do aumento de volume, sob anestesia local, constatando-se a presença de líquido intralesional de aspecto sanguinolento. Ato contínuo, foi feita uma incisão circular sobre a região aumentada por meio da qual foram removidos fragmentos de tecido ósseo, da capsula cística e da mucosa alveolar. Após a remoção das peças cirúrgicas, foi realizada a instalação do dispositivo para descompressão (**Figura 4**). Paciente recebeu as orientações e a prescrição pós-operatórias, tendo sido instruído a higienizar adequadamente o dispositivo com soro fisiológico e digluconato de clorexidina a 0,12%.

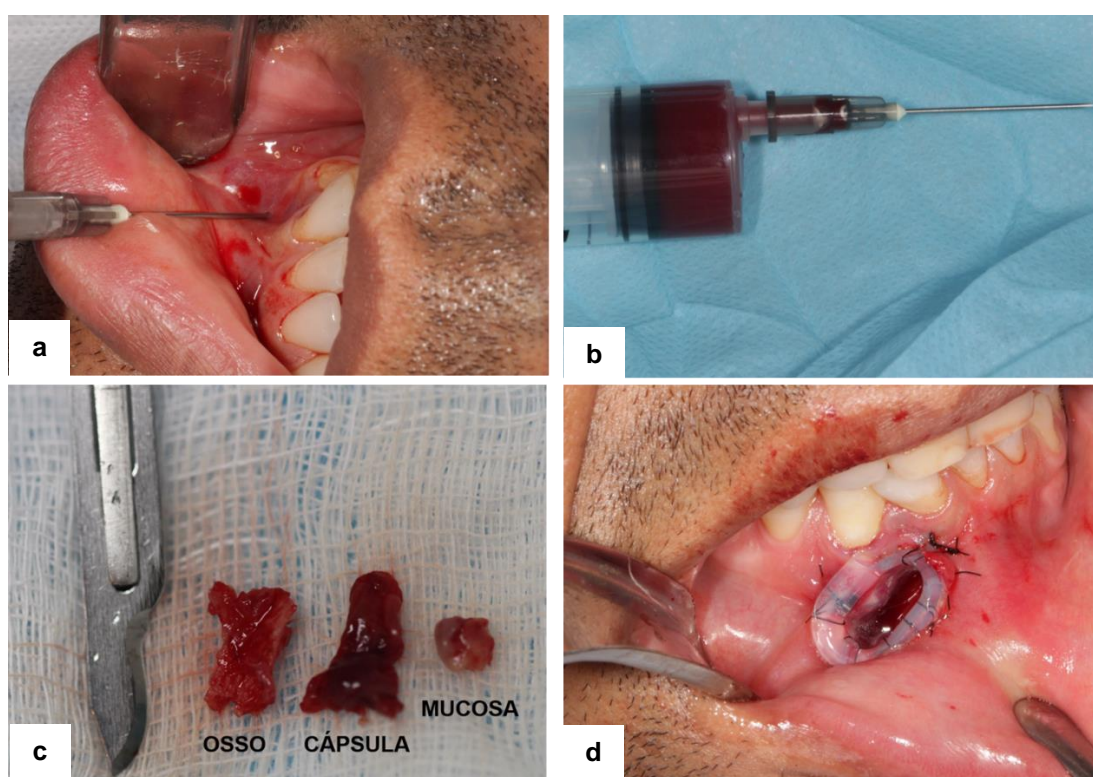


Figura 4 – Biópsia e instalação do dispositivo de descompressão. Punção aspirativa e retirada de líquido intralesional de aspecto sanguinolento (a, b). Fragmentos da lesão retirados para biópsia incisional (c). Instalação de dispositivo para descompressão (d).

As peças cirúrgicas foram enviadas para a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) para exame anatomopatológico. De acordo com o laudo, os cortes histológicos (**Figura 5**) revelaram fragmento de lesão de natureza odontogênica caracterizada pela presença de cavidade patológica revestida por epitélio pavimentoso de espessura variável e espaços glandulares, semelhantes a ductos no

interior do revestimento epitelial. O diagnóstico conclusivo foi de Cisto Odontogênico Glandular (**Anexo 1**).

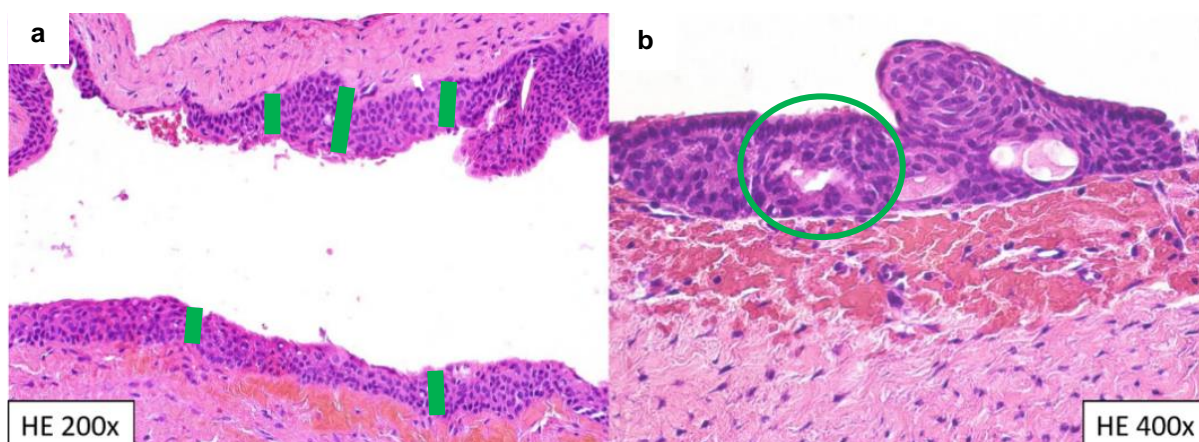


Figura 5 – Aspecto histológico. Lâminas histológicas mostrando a cavidade patológica revestida por epitélio pavimentoso de espessura variável (barras verdes) e os espaços glandulares semelhantes a ductos no interior do revestimento epitelial (círculo verde).

Após 8 meses da intervenção inicial e de acompanhamento clínico-radiográfico, verificou-se a redução radiográfica da lesão pela consequente neoformação óssea. Com isso, foi possível observar o aumento de radiopacidade da região operada, sugerindo a regressão da lesão (**Figura 6**).



Figura 6 – Radiografia Panorâmica após 8 meses de tratamento conservador. Observa-se a redução dimensional da lesão com aumento da radiopacidade na porção anterior da mandíbula, achados sugestivos de regressão da lesão e reparo ósseo parcial.

Neste momento, foi oferecida ao paciente a possibilidade de realizar a curetagem da lesão seguida por mínima ostectomia periférica. Obtido o consentimento, o paciente foi submetido à cirurgia no Hospital Universitário de Lagarto - HUL sob anestesia geral.

No transoperatório, optou-se pela remoção do elemento dentário 43 devido à falta de suporte ósseo, possibilidade que já havia sido informada ao paciente, que deu pleno consentimento à equipe cirúrgica (**Figura 7**). Um novo exame histopatológico das peças retiradas durante a cirurgia foi inconclusivo, pois, não especificou o tipo de lesão, caracterizando-a apenas como cisto odontogênico (**Anexo 2**).



Figura 7 – Loja cirúrgica após curetagem e discreta ostectomia periférica. Observa-se que a lesão inviabilizava a manutenção do elemento dentário 43.

Foram realizadas consultas pós-operatórias nas quais foram realizados exames clínicos e radiográficos com o intuito de observar o processo de cicatrização dos tecidos moles e duros. Verificou-se resposta cicatricial positiva gradativa culminando com um aspecto geral satisfatório após 12 meses de acompanhamento do segundo procedimento cirúrgico (**Figuras 8, 9 e 10**).



Figura 8 – Avaliação intraoral após a curetagem. A avaliação intraoral após 12 meses de segundo procedimento cirúrgico mostra um ótimo aspecto cicatricial da região operada.



Figura 9 – Radiografia panorâmica após a curetagem. Dose meses após o segundo procedimento cirúrgico, observa-se o aumento significativo da radiopacidade na área antes acometida pela lesão, mostrando o progresso do reparo ósseo até aquele momento.

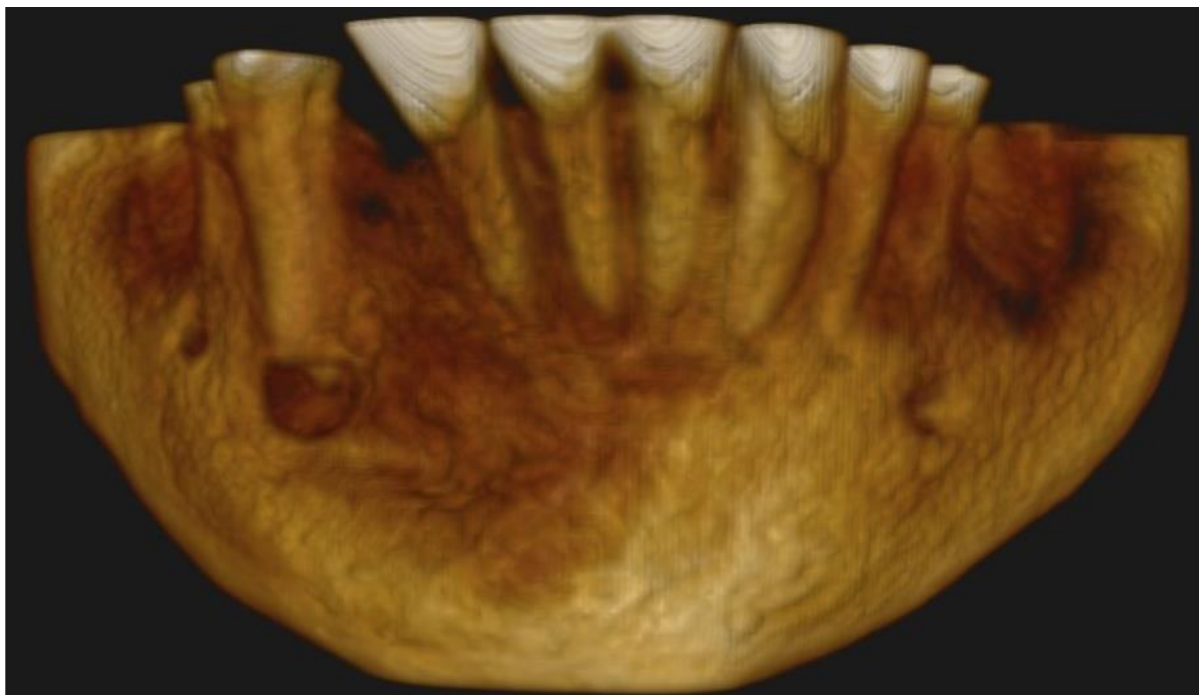


Figura 10 - Reconstrução tomográfica 3D após a curetagem. Reparo ósseo geral adequado, apesar de uma pequena região hipodensa no periápice do elemento dentário 44 que exigirá reavaliação.

3. DISCUSSÃO

O presente estudo relata o tratamento de um caso de Cisto Odontogênico Glandular (COG), patologia que se apresenta clinicamente como uma lesão expansiva, indolor e com altas taxas de recorrências. A lesão se manifesta mais comumente na região anterior de mandíbula com maior predisposição por homens com idade superior a 40 anos. Ainda assim, pode se apresentar pacientes de qualquer idade, como no caso aqui descrito (Vega Llauradó *et al.*, 2013). As características clínicas do caso em tela ratificam muitos dos achados da literatura, como sua incidência na mandíbula anterior, com evolução indolor e sua expansão além da linha média. Da mesma forma, as características radiográficas estavam de acordo com o descrito, ou seja, uma área radiolúcida com limites definidos, apresentando halo radiopaco e aspectos de multilocularidade (Manzini *et al.*, 2009).

Em relação ao aspecto histológico, de acordo com Kaplan *et al.* (2008); certas características são fundamentais para o diagnóstico do COG, como: células eosinofílicas cuboídes/colunares, revestimento epitelial escamoso com paredes de tecido conjuntivo não queratinizado, epitélio com variações de espessura ao longo do revestimento cístico e estruturas glandulares intraepiteliais semelhantes a ductos (Milani *et al.*, 2015). No caso descrito, as características fundamentais estavam presentes e permitiram, já na biópsia incisional, o diagnóstico definitivo de COG.

Entretanto, os diagnósticos diferenciais sempre devem ser mantidos em mente, pois existem semelhanças clínicas entre o COG e outros cistos e tumores odontogênicos, como o cisto periodontal lateral, o cisto dentígero, o queratocisto e o ameloblastoma. Portanto, é de suma importância que o cirurgião-dentista seja criterioso e tenha boa noção da prevalência destes cistos e tumores, bem como de suas características clínico-radiográficas, para orientar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento adequado para cada lesão.

Dentre as possibilidades de tratamento para o COG, a curetagem, enucleação e excisão local em bloco são os mais apontados pela literatura. No caso relatado, por se tratar de uma lesão primária, foi escolhida uma alternativa conservadora, com descompressão em um momento inicial, seguido por curetagem com osteotomia periférica. Essa abordagem contraria a ideia de alguns autores que tem na ressecção marginal a forma mais confiável de tratamento face à alta reincidência desse cisto (Thor, Warfvinge e Fernandes, 2006). No entanto, outros autores sugerem tratar de

forma conservadora, desde que se estabeleça tempo de preservação apropriadamente longo (Akkaş *et al.*, 2015; Manzini *et al.*, 2009).

Após 8 meses da primeira intervenção cirúrgica (biópsia incisional e instalação do dispositivo para descompressão da lesão), foi possível visualizar um aumento da radiopacidade na região anteriormente acometida pela lesão, o que sugere certa neoformação óssea. Uma vez que a resposta tecidual foi positiva, reduzindo o tamanho da lesão inicial, foi sugerida a realização de um segundo procedimento cirúrgico, em ambiente hospitalar, com o objetivo de remover completamente o tecido patológico e reduzir a possibilidade de micro-cistos no osso adjacente (Araújo De Moraes *et al.*, 2012)

Apesar de não existir um consenso sobre o tempo de preservação após o tratamento conservador do COG, estudos como o de (Kaplan, Anavi e Hirshberg, 2008) preveem períodos entre 3 a 7 anos em razão de seu crescimento acelerado e das taxas de recorrência, que aumentam de acordo com o tamanho e localização da lesão (Reddy, Ananthnag e Raju, 2015). Portanto, o paciente objeto deste relato segue em acompanhamento. A periodicidade das consultas de retorno está fixada em uma consulta anual até o quinto ano pós-operatório. Não havendo recidiva até o quinto ano, o paciente será reavaliado a cada 3 anos, por tempo indeterminado.

O presente relato possui algumas limitações, tais como o acompanhamento de apenas 2 anos e a falta de diagnóstico histopatológico conclusivo para a segunda peça cirúrgica. Nossa intenção é recuperar as lâminas histológicas junto ao laboratório responsável pelo segundo exame e tê-las avaliadas pelo professor de Patologia Bucal do Departamento de Odontologia de Lagarto, resolvendo assim pelo menos uma das limitações supracitadas.

4. CONCLUSÃO

No presente caso, optou-se por um tratamento conservador, que incluiu descompressão inicial seguida de enucleação com ostectomia periférica. Acreditamos que o presente relato vem a reforçar a filosofia de menor invasividade na área da cirurgia buco-maxilo-facial ao demonstrar que, quando bem indicado, o tratamento conservador é uma opção viável para o cisto odontogênico glandular. A escolha de um tratamento mais conservador parece proporcionar bons resultados, mas é fundamental que o acompanhamento pós-cirúrgico seja feito por períodos maiores para confirmação da cura da patologia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKKAŞ, İ.; TOPTAŞ, O.; ÖZAN, F.; YILMAZ, F. Bilateral Glandular Odontogenic Cyst of Mandible: A Rare Occurrence. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**, v. 14, p. 443–447, 2015.

ARAÚJO DE MORAIS, H. H.; JOSÉ DE HOLANDA VASCONCELLOS, R.; SANTANA SANTOS, T. DE; GUEDES QUEIROZ, L. M.; DANTAS DA SILVEIRA, É. J. Glandular odontogenic cyst: Case report and review of diagnostic criteria. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 2, p. e46–e50, fev. 2012.

C M MILANI; L L G SILVA; A C G A KOUBIK; L CEZANOSKI. Relato de Caso Cisto odontogênico glandular : Relato de caso. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 44, n. 2, p. 112–115, 2015.

KAPLAN, I.; ANAVI, Y.; HIRSHBERG, A. Glandular odontogenic cyst: A challenge in diagnosis and treatment. **Oral Diseases**, v. 14, n. 7, p. 575–581, 2008.

KAPLAN, I.; GAL, G.; ANAVI, Y.; MANOR, R.; CALDERON, S. Glandular odontogenic cyst: Treatment and recurrence. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 63, n. 4, p. 435–441, 2005.

KRISHNAMURTHY, A.; SHERLIN, H. J.; RAMALINGAM, K.; NATESAN, A.; PREMKUMAR, P.; RAMANI, P.; CHANDRASEKAR, T. Glandular Odontogenic Cyst: Report of Two Cases and Review of Literature. **Head and Neck Pathology**, v. 3, n. 2, p. 153–158, 24 jun. 2009.

M. A. O., M. G. P. S.; B. F., G.; A., P.; CAVALCANTI. Revista Odonto Ciência. **Journal of Dental Science**, v. 30, n. 4, p. 200–204, 2015.

MANZINI, M.; DEON, C.; CORTE, L. D.; BERTOTTO, J. C.; ABREU, L. B. DE. Cisto odontogênico glandular: uma entidade incomum. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 75, n. 2, p. 320–320, 2009.

MITTAL, A.; NARANG, V.; KAUR, G.; SOOD, N. Glandular odontogenic cyst of mandible: A rare entity. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 9, n. 12, p. ED09-ED10, 2015.

OLIVEIRA NETO, P.; SÁVIO, E.; BEZERRA, T. P.; AVELAR, R. L.; FURTADO, R. C.; GOMES, A. C. A.; LAUREANO FILHO, J. R. Anterior Mandibular Swelling. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 68, n. 2, p. 436–441, 2010.

PADAYACHEE, A.; WYK, C. W. VAN. Two cystic lesions with features of both the botryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumour: sialo-odontogenic cyst? **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 16, n. 10, p. 499–504, 1987.

PIRES, E. G.; BONAN, P. R. F.; PEIXOTO, T. S.; MONTEIRO, B. V. D. B.; NONAKA, C. F. W.; ALVES, P. M. Cisto odontogênico glandular em maxila: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 29, n. 1, p. 47, 2019.

REDDY, S.; ANANTHAG, J.; RAJU, S. Glandular odontogenic cyst of the anterior mandible. **North American Journal of Medical Sciences**, v. 7, n. 2, p. 65, 2015.

THOR, A.; WARFVINGE, G.; FERNANDES, R. The Course of a Long-Standing Glandular Odontogenic Cyst: Marginal Resection and Reconstruction With Particulated Bone Graft, Platelet-Rich Plasma, and Additional Vertical Alveolar Distraction. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 64, n. 7, p. 1121–1128, jul. 2006.

VEGA LLAURADÓ, A.; AYUSO MONTERO, R.; TEIXIDOR OLMO, I.; SALAS ENRIC, J.; MARÍ ROIG, A.; LÓPEZ LÓPEZ, J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. **Avances en Odontoestomatología**, v. 29, n. 2, p. 81–93, 2013.

ZANON, C.; CAVALCANTI, M. A.; HESPANHOL, W. Cisto odontogênico glandular : uma condição patológica incomum – revisão de literatura. **ClipeOdonto - UNITAU**, v. 8, n. 1, p. 38–43, 2016.

6. ANEXOS

Anexo 1 - Resultado do primeiro exame histopatológico, realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Serviço de Histopatologia
Área de Patologia
Piracicaba 06/09/2017



RESULTADO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO Nº.: 01108/17



SOLICITANTE: GUSTAVO ALMEIDA SOUZA

DADOS CLÍNICOS:

Lesão INTRA-ÓSSEA, em DENTE 43, REGIÃO DO , medindo 7,0 x 5,0 x 3,0 cm, com 1 ano(s) de evolução.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Lesão radiolúcida, única, de bordas nítidas, centro radiolúcido, deslocando o(s) dente(s) adjacente(s).

Número de frascos enviados: 1.

Origem/Região biopsiada: Intra-Óssea/ DENTE 43, REGIÃO DO

Procedimento/material: Biópsia Incisional/ Ósseo

DADOS MACROSCÓPICOS:

A-(FRASCO 1): Recebemos 2 fragmento(s) de tecido Mole, de formato Irregular, coloração Enegrecida, o maior fragmento medindo 12 x 7 x 3 mm, fixado em Formol por 2 dia(s).

B-(FRASCO 1): Recebemos 1 fragmento(s) de tecido Duro, de formato Irregular, coloração Acastanhada, medindo 8 x 4 x 3 mm, fixado em Formol por 2 dia(s).

Material descalcificado por 6 dia(s) em Ácido Nítrico 5%.

DIAGNÓSTICO:

A: CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR

B:

1

Anexo 2 - Resultado do segundo exame histopatológico

 LAPTHH LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA	Certificado pela Sociedade Brasileira de Patologia - SICP Dra. Mônica Lima de Araújo - CRM 2170 - Diretora Técnica Dra. Ana Carolina P. Coimbra - CRM 3366 Dr. Antônio Roberto de O. Ramalho - CRM 2904 Dra. Luíse Meurer - CRM 4960 Dr. Sílvio Constantino Valle - CRM 4491							
RELATÓRIO MÉDICO								
MATERIAL: 1: Biopsia de lesão mandibular RESUMO CLÍNICO: - Lesão cística em mandíbula. - HD: Cisto odontogênico?								
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO								
MACROSCOPIA: <p>Material recebido em formol consta de 08 fragmentos irregulares, de coloração acastanhada e consistência ora elástico-firme, ora pétrea, medindo entre 0,3 e 0,7 cm. Acompanha ainda em mesmo recipiente, 01 unidade dentária medindo 2,5 x 0,8 x 0,6 cm. (IT/08F/01B).</p> MICROSCOPIA: <p>Cortes histológicos exibem tecido fibro-ósseo fragmentado, com áreas de aspecto degenerativo e hemorragia, além de depósitos de hemossiderina e infiltrado inflamatório mononuclear na porção fibrosa. Observam-se, focalmente, pequenas áreas com revestimento epitelial do tipo odontogênico sem atipias.</p> CONCLUSÃO: <p>"BIÓPSIA DE LESÃO CÍSTICA MANDIBULAR": - ACHADOS MORFOLÓGICOS COMPATÍVEIS COM LESÃO CÍSTICA ODONTOGÊNICA COM PROCESSO INFLAMATÓRIO E DEPÓSITOS DE HEMOSSIDERINA DE PERMEIO. - MALIGNIDADE NÃO EVIDENCIADA NESTA AMOSTRA.</p> <p>NOTA: ESTRITAMENTE NECESSÁRIO CORRELAÇÃO DOS ACHADOS MORFOLÓGICOS COM DADOS CLÍNICOS E EXAMES DE IMAGEM PARA CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA.</p>								
<p>Aracaju, 17, maio, 2018</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">  Dra. Mônica Lima de Araújo Médica Patologista - CRM 2170 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">  Dra. Ana Carolina P. Coimbra Médica Patologista - CRM 3366 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">  Dr. Antônio Roberto de O. Ramalho Médico Patologista - CRM 2904 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">  Dra. Roslane Santana Andrade Médica Patologista - CRM 3530 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">  Dr. Sílvio Constantino Valle Médico Patologista - CRM 4491 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">  Dra. Luíse Meurer Médica Patologista CRM 4960 </td> </tr> </table>			 Dra. Mônica Lima de Araújo Médica Patologista - CRM 2170	 Dra. Ana Carolina P. Coimbra Médica Patologista - CRM 3366	 Dr. Antônio Roberto de O. Ramalho Médico Patologista - CRM 2904	 Dra. Roslane Santana Andrade Médica Patologista - CRM 3530	 Dr. Sílvio Constantino Valle Médico Patologista - CRM 4491	 Dra. Luíse Meurer Médica Patologista CRM 4960
 Dra. Mônica Lima de Araújo Médica Patologista - CRM 2170	 Dra. Ana Carolina P. Coimbra Médica Patologista - CRM 3366	 Dr. Antônio Roberto de O. Ramalho Médico Patologista - CRM 2904	 Dra. Roslane Santana Andrade Médica Patologista - CRM 3530	 Dr. Sílvio Constantino Valle Médico Patologista - CRM 4491	 Dra. Luíse Meurer Médica Patologista CRM 4960			